

Informe Técnico No. 1

---

# Evaluación de la Descentralización del Sector Salud en Paraguay

*Enero de 1996*

*Preparado por:*

**Tisna Veldhuyzen van Zanten, Ph.D.**  
University Research Corporation

**Cristina Semidei**  
University Research Corporation



Partnerships  
for Health  
Reform

**PHR**

 Abt Associates Inc. # 4800 Montgomery Lane, Suite 600  
Bethesda, Maryland 20814 # Tel: 301/913-0500 # Fax: 301/652-3916

*En colaboración con:*

Development Associates, Inc. # Harvard School of Public Health #  
Howard University International Affairs Center # University Research Corporation



Partnerships  
for Health  
Reform

## Misión

*El Proyecto Colaboración para la Reforma de la Salud (Partnerships for Health Reform, PHR) se dedica a mejorar la salud de la población en países de ingresos bajos y medios por apoyar reformas del sector salud que garanticen acceso equitativo a servicios de atención de salud eficientes, sostenibles y de calidad. En asociación con colaboradores locales, PHR promueve un enfoque integrado para la reforma del sector salud y desarrolla habilidades locales en las siguientes áreas clave:*

- ▲ *Promover el diálogo y la participación en la formulación de las políticas de reforma en el sector salud*
- ▲ *Desarrollar sistemas financieros equitativos y viables*
- ▲ *Mejorar la organización y gestión de sistemas de salud*
- ▲ *Desarrollar incentivos para promover servicios de atención médica eficaces y de calidad*

*PHR avanza el conocimiento y las metodologías para desarrollar, implementar y vigilar las reformas del sector salud y su impacto, e informa y guía el intercambio de conocimientos sobre cuestiones vitales de la reforma del sector salud.*

## Enero de 1996

### Cita recomendada

van Zanten, Tisna Veldhuyzen y Cristina Semidei. Enero de 1996. *Evaluación de la Descentralización del Sector Salud en Paraguay*. Informe Técnico No. 1. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.

Si desea recibir copias adicionales de este informe, diríjase al PHR Resource Center en [PHR-InfoCenter@abtassoc.com](mailto:PHR-InfoCenter@abtassoc.com) o visite nuestro punto de la red [www.phrproject.com](http://www.phrproject.com).

**Contrato No.:** HRN-5974-C-00-5024-00

**Proyecto No.:** 936-5974.13

**Presentado a:** USAID/Asunción

y:  
Robert Emrey, COTR  
Health Policy and Sector Reform Division  
Office of Health and Nutrition  
Center for Population, Health and Nutrition  
Bureau for Global Programs, Field Support and Research  
United States Agency for International Development



---

# Resumen

Este informe evalúa la actual actividad de descentralización del sector salud y ofrece posibilidades para apoyo por parte de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). La evaluación se realizó como parte de un proceso destinado a elaborar el plan estratégico quinquenal de la USAID/Asunción. El objetivo fue evaluar la factibilidad de que continúe el apoyo a la descentralización del sector salud como parte del objetivo estratégico general más amplio de la USAID consistente en fortalecer las instituciones, sistemas y prácticas democráticas. Este informe esboza los retos a los que hay que hacer frente para una descentralización eficaz y sostenible. Sirve de antecedentes para realizar un análisis a fondo de las experiencias iniciales de los departamentos y municipios en la ejecución de las políticas de descentralización y para diseñar un plan detallado de asistencia técnica, que se publican como Informes Técnicos separados de PHR (Nos. 3 y 4, respectivamente).

---



---

# Índice

Siglas .....	v
Reconocimientos .....	vii
Resumen Ejecutivo .....	ix
1. Introducción .....	1
1.1 Factores que permiten y restringen la descentralización .....	2
1.2 Objetivos estratégicos de la USAID .....	2
2. Oportunidades para apoyo de la USAID .....	5
2.1 Actividades piloto .....	5
2.1.1 Asistencia técnica .....	6
2.1.2 Superar los obstáculos .....	6
2.2 Planificación estratégica .....	6
2.3 Definición de papeles y responsabilidades apropiados .....	7
2.4 Creación de capacidad institucional .....	8
2.5 Resumen .....	8
2.6 Pasos siguientes .....	8
3. Objetivos de la descentralización del sector salud .....	11
3.1 Algunas definiciones .....	11
3.2 Tres principios de la reforma del sector salud .....	12
3.2.1 Descentralización .....	12
3.2.2 Autogestión .....	13
3.2.3 Participación social o de la comunidad .....	13
4. El estado de la descentralización del sector salud .....	15
4.1 La ley nacional del Sistema de Salud .....	16
4.2 Actividades de descentralización apoyadas por la Universidad Internacional de Florida .....	18
4.3 Perspectivas de diferentes actores .....	19
4.4 Progreso hasta la fecha .....	20
4.4.1 Creación de secretarías departamentales de salud .....	21
4.4.2 Creación de consejos de salud departamentales y de distrito .....	21
4.4.3 Plan piloto para transferir los servicios básicos de salud a los municipios .....	22
4.4.4 Acuerdos departamentales de gobierno con SENASA .....	22
4.4.5 La autogestión en la adquisición y el control de los pagos de reembolso .....	22
4.5 Tensiones actuales .....	22
5. Los retos de la descentralización .....	25
5.1 Retos políticos .....	25

5.2	Retos jurídicos .....	26
5.3	Retos financieros .....	27
5.4	Retos administrativos .....	28
5.5	Retos institucionales y de recursos humanos .....	28
Bibliografía .....		31

---

# Siglas

<b>FIU</b>	<i>Florida International University</i> (Universidad Internacional de Florida)
<b>INVEC</b>	Sistema de Control de Inventario
<b>IPS</b>	Instituto de Previsión Social
<b>IVA</b>	Impuesto de valor agregado
<b>ONG</b>	Organización no gubernamental
<b>PHR</b>	<i>Partnerships for Health Reform</i> (Colaboración para la Reforma de la Salud)
<b>RHUDO/SA</b>	<i>Regional Housing and Urban Development Office/South America</i> (Oficina Regional de la Vivienda y el Desarrollo Urbano)
<b>SENASA</b>	Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental
<b>USAID</b>	<i>United States Agency for International Development</i> (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional)



---

# Reconocimientos

Este informe es el resultado de la asistencia técnica realizada por el Proyecto Colaboración para la Reforma de la Salud de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)/Asunción. Los miembros del equipo fueron, entre otros, Tisna Veldhuyzen van Zanten, Iván Jaramillo, Cristina Semidei y Víctor Flecha. Los comentarios a borradores anteriores fueron proporcionados por Thomas Bossert, Charlotte Leighton y John Holley. El equipo desea expresar su reconocimiento por la participación y apoyo recibidos del Ministerio de Salud de Paraguay. El Dr. Andrés Vidovich; su personal integrado por numerosos representantes de instituciones locales, regionales y nacionales y entidades del gobierno que participan en la descentralización en Paraguay; y la Directora de la Misión de la USAID Barbara Kennedy y su oficina.



---

# Resumen Ejecutivo

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, llamado también Ministerio de Salud, ha adoptado medidas preliminares para descentralizar sus servicios de salud. La descentralización, que concuerda con la intención del Artículo 69 de la Constitución Nacional, aspira a construir una sociedad participativa a través de instituciones democráticas recién establecidas. El Ministerio de Salud se ha puesto a la cabeza de esta actividad iniciando un proceso para fortalecer la gestión del sector salud a nivel de distrito. Este esfuerzo ha sido facilitado en gran medida por el apoyo previo recibido de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (*United States Agency for International Development, USAID*)/Asunción para el Ministerio de Salud con miras a fortalecer las aptitudes en gestión en todos los niveles e instalar sistemas gerenciales específicos (por ejemplo, contabilidad, logística), que constituyen una piedra angular de la gestión descentralizada.

La actividad de este año por parte del Ministerio de Salud consistente en iniciar la descentralización de los servicios de salud ha estimulado el interés y el diálogo entre los funcionarios del Ministerio al nivel central, regional y local. Este proceso coincidió con una definición de las responsabilidades de estos distintos niveles por parte de funcionarios recién elegidos al nivel regional y local—la primera vez que éstos se han delineado claramente. Gobernadores democráticamente elegidos designaron a secretarios departamentales de salud (Secretarios de Salud) quienes a su vez comenzaron a trabajar con los municipios y los consejos metropolitanos electos para iniciar el proceso de participación local en la gestión de los programas de salud. Estas actividades piloto giran en torno al establecimiento de colaboración intersectorial e interinstitucional y al trabajo a través de las comunidades locales para buscar formas nuevas de planificar y ejecutar programas de salud en coordinación con el Ministerio de Salud.

El proceso de descentralización iniciado por el Ministerio de Salud precede a la adopción por el Parlamento de los marcos legales necesarios, incluida la dictaminación de un proyecto de ley por el que se creó el propio Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, actividades piloto están en vías de realización en diez distritos y éstas demuestran que los gobiernos locales están comprometidos a asumir mayores responsabilidades en la gestión de los servicios de salud. No obstante, la descentralización depende de la capacidad gerencial de quienes son responsables de administrar los recursos y de un compromiso por parte del nivel central de transferir las funciones al nivel local. El ritmo de transferencia de funciones ha de regirse por la capacidad de cada nivel para efectuar con eficacia las nuevas actividades.

El éxito a largo plazo de la descentralización depende por tanto de la provisión de apoyo adecuado a todos los niveles. Además, hay un compromiso político desigual a la descentralización en algunos sectores del gobierno central. Donde existe un claro compromiso, como en el sector salud, éste debería sostenerse divulgando los resultados de las actividades de descentralización ya en curso, en particular las mejoras en el acceso a los servicios de salud y en los servicios que proporcionan el mayor beneficio general a la población.

La USAID ha apoyado los esfuerzos del Ministerio de Salud encaminados a explorar toda una gama de opciones de descentralización, facilitando así el proceso y ayudando a crear un clima de

confianza. Al propio tiempo, estos primeros pasos en el proceso de descentralización se han dado sin una clara visión sobre cómo debería implantarse plenamente la gestión de programas de salud sobre una base local y de instalaciones. El proceso tampoco se ha beneficiado de una comprensión de cómo asegurar óptimamente la participación eficaz de las comunidades locales en el desarrollo y ejecución de los programas de salud. El reto consiste en formular una tal visión y el plan de ejecución resultante de forma que sean participativos y eficaces en función del costo y que conduzcan a una condición mejorada de salud para la población.

Esta evaluación se llevó a cabo en preparación para la elaboración del siguiente plan estratégico quinquenal de la USAID/Asunción. El informe consiste en cinco secciones:

- ▲ La Sección I proporciona una introducción de los objetivos de la descentralización y cómo éstos corresponden a los objetivos generales de la USAID de fortalecer la democracia y la capacidad de gobierno.
- ▲ La Sección II evalúa las opciones para el apoyo de la USAID y traza los pasos siguientes en la formulación de un programa piloto en determinados distritos.
- ▲ La Sección III esboza algunos principios clave en los que se basa el proceso de reforma del sector salud en Paraguay.
- ▲ La Sección IV proporciona una evaluación técnica de la actual descentralización del sector salud del estado.
- ▲ La Sección V esboza los retos políticos legales financieros, administrativos e institucionales que se interponen a la descentralización en otros sectores gubernamentales.

---

# 1. Introducción

El objetivo de la descentralización es dar facultad decisoria a quienes en los distintos niveles administrativos son responsables de proporcionar servicios y a la población que recibe dichos servicios. Concretamente, esto entraña una transferencia progresiva de autoridad a los niveles más bajos de gobierno, es decir, a los departamentos, distritos y municipios. También puede incluir aumentar la autonomía de las instalaciones de salud, en particular de los hospitales. Se espera que esta transferencia de facultad de decisión aumente la responsabilidad de los gerentes de los programas y de los proveedores de la atención de salud.

La transferencia de la responsabilidad de los resultados de los programas a niveles más bajos, tanto dentro del gobierno como dentro del sistema de salud, significa cambios en las estructuras de incentivos. Las estructuras jerárquicas de decisión han de transformarse en estructuras que permitan y recompensen la toma de decisiones y la resolución de problemas a niveles más bajos. En una estructura administrativa centralizada, las directrices para mejorar los programas y resolver los problemas vienen de niveles superiores. En las estructuras de gestión descentralizada, el énfasis está en la resolución de los problemas por los proveedores de los servicios de salud y los propios gerentes de las instalaciones de salud. La transferencia de la responsabilidad del programa, cuando va acompañada de una transferencia de recursos o una redistribución de actividades generadoras de ingresos, estimula adicionalmente a quienes proporcionan los servicios de salud para tomar la iniciativa y proporcionar servicios óptimos a sus clientes.

Otro beneficio previsto de la descentralización es el de que los programas locales de salud responderán más a la población a la que han de servir. La descentralización crea oportunidades para que las comunidades y los proveedores de atención de salud participen activamente en el diseño de programas de salud pública y para que los pacientes colaboren en los esfuerzos por mejorar la provisión de servicios.

Un tercer beneficio de la descentralización es una sinergia entre las iniciativas nacionales y locales con miras a mejorar la calidad de los servicios de salud y hacer un uso mejor de los recursos de atención de salud disponibles. Esta sinergia, a su vez, mejora la sostenibilidad del proceso democrático de descentralización y cualesquiera mejoras resultantes en la provisión de atención de salud.

Un proyecto de ley por el que se creó el Sistema Nacional de Salud fue dictaminado por la Cámara de Diputados en diciembre de 1995. Este fue un primer paso importante hacia la definición del modelo de descentralización contemplado por el Ministerio de Salud. La ley, cuando se dictamine y promulgue plenamente, iniciará formalmente la descentralización mediante la creación de consejos de salud regionales y locales. Estos consejos de salud regionales y locales serán los medios a través de los cuales las partes interesadas podrán participar en el diseño y ejecución de los programas de salud. Para ser eficaces, dichos consejos de salud deberían incluir a los proveedores de atención de salud así como a representantes de los sectores distintos del de la salud y de organizaciones no gubernamentales (ONG). También es importante garantizar que estos consejos concentran sus actividades en mejorar la calidad de la atención de salud, en particular la atención

preventiva y primaria. Los consejos locales y regionales de salud, así como otros órganos decisorios y consultivos locales, deberían tratar de traducir los objetivos nacionales de salud pública y las normas nacionales de atención a programas localmente apropiados, que puedan ser ejecutados utilizando recursos controlados localmente.

---

## 1.1 Factores que permiten y restringen la descentralización

No hay una ley general que establezca un marco global para la descentralización de las funciones gubernamentales tales como las de presupuesto y cobro de impuestos. Con apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (*United States Agency for International Development*, USAID), el gobierno y el Congreso de Paraguay han emprendido un debate acerca de la descentralización que ha conducido a la creación de un Comité Nacional para Descentralización.

El proyecto de ley que crea el Sistema Nacional de Salud, cuando quede plenamente dictaminado, resultará en la creación de consejos regionales y locales de salud. Una de las principales actividades apoyadas por el Ministerio de Salud ha sido crear consejos de salud en distintos niveles en previsión para la dictaminación de esta ley. Dichos comités se han formado dentro de algunos departamentos y municipios, pero no han empezado aún a emprender actividades concretas en planificación y supervisión de la atención de salud. El papel de estos consejos, tal como los define la ley, será facilitar la negociación, coordinación y supervisión. La ley no incluye disposición para que los consejos ejerzan facultades ejecutivas en la toma de decisiones sobre la atención de salud al nivel local. De hecho, la ley no descentraliza realmente las responsabilidades; más bien, crea mecanismos de habilitación a través de los cuales puedan ponerse en operación los planes futuros de descentralización.

El Ministerio de Salud también ha creado secretarías departamentales de salud, que son designadas por los gobernadores de departamento y se espera de ellas que trabajen con los representantes centrales y regionales del Ministerio de Salud. Este es un primer paso importante en la transferencia de la facultad decisoria a los funcionarios electos. La responsabilidad para una función clave, la compra de medicamentos y suministros médicos, ha sido ya transferida al nivel departamental. Sin embargo, ha habido alguna tensión y confusión acerca de los respectivos papeles y responsabilidades de los nuevos secretarios de salud y los representantes departamentales del Ministerio de Salud.

Un requisito esencial para la descentralización eficaz es la presencia de personal capacitado en las instituciones que se ven directamente afectadas por la transferencia de responsabilidades, entre ellas las de niveles administrativos más bajos tales como los municipios y clínicas individuales de salud. La falta de aptitudes apropiadas se reconoce ampliamente como un factor principal que restringe la descentralización, en particular en la gestión programática y financiera, contabilidad y resolución de problemas en equipo para mejorar la calidad de la atención.

---

## 1.2 Objetivos estratégicos de la USAID

La descentralización en el sector salud apoya el logro del Objetivo Estratégico No. 1 de la USAID/Asunción “Instituciones, sistemas y prácticas democráticas fortalecidos”. La actividad de descentralización también puede contribuir al logro de dos resultados del programa:

- ▲ Resultado del Programa No. 1.1: “Participación fortalecida de los ciudadanos en el proceso de toma de decisiones”.
- ▲ Resultado del Programa No. 1.3: “Gestión y responsabilidad financiera del sector público mejoradas”.

Se espera que el fortalecimiento del proceso de descentralización mejore la participación ciudadana en la definición y ejecución de programas de atención de salud. También se espera que una mayor autonomía al nivel local haga que las instituciones e instalaciones de salud respondan más a las necesidades de los ciudadanos y mejoren la calidad de la atención.

La descentralización del sistema unificado de presupuesto del Ministerio de Salud, que ha tenido éxito al nivel central del Ministerio de Salud, permitirá implantar sistemas de gestión financiera al nivel local y regional. Estos sistemas, a su vez, mejorarán la responsabilidad sobre los fondos que serán administrados cada vez más al nivel regional y local y mejorarán la eficacia en función del costo de los programas de salud.

Los resultados previstos de la implementación del programa y los indicadores que le acompañan se perfeccionarán una vez que haya sido elaborado un plan de ejecución detallado para apoyo de la USAID a la descentralización de la atención de salud.



---

## 2. Oportunidades para apoyo de la USAID

Hay un nivel sustancial de apoyo dentro de Paraguay para el proceso de descentralización iniciado por el Ministerio de Salud. Este apoyo parece basarse más en los resultados previstos que en la ejecución propiamente dicha del proceso de descentralización hasta la fecha. La larga historia de gobierno centralizado en Paraguay y la falta de experiencia nacional con la toma de decisiones descentralizada conducen a un cierto grado de incertidumbre acerca de las formas concretas que adoptará la descentralización. Esto se traduce a inseguridad entre muchas de las personas y entidades afectadas, en particular acerca de las funciones y responsabilidades que con el tiempo desempeñarán.

Está claro que la opción no es si descentralizar sino cómo descentralizar. Hay mucho menos claridad, no obstante, acerca de los niveles y funciones exactos de los servicios de salud que se descentralizarán o acerca de los costos y repercusiones financieras de ejecutar una gestión eficaz del programa a niveles más bajos. Además, el Ministerio de Salud sigue adelante sin el beneficio de un marco legal suficientemente formulado y apropiado. A pesar de todas estas incertidumbres, no obstante, el Ministerio de Salud sigue adelante con el proceso y da la bienvenida al apoyo de la USAID.

Al fortalecer el proceso de descentralización en el sector salud, la USAID/Asunción puede contribuir notablemente al logro de resultados programáticos específicos en su plan estratégico. La experiencia en el sector salud proporcionará lecciones de valor para ampliar la actividad de descentralización. En el grado en el que la descentralización eficaz en el sector salud involucre a otros ministerios y gobiernos administrativos locales, contribuirá a la colaboración intersectorial y complementará otras actividades en la cartera de la Misión de forma que concuerde con la meta global de fortalecer la participación local en la toma de decisiones. La participación creciente de gobernadores democráticamente electos y su personal en la planificación de la atención de salud y la creación de consejos de salud regionales y locales están indicando el camino para aumentar la participación eficaz de las comunidades en la planificación de los programas de atención de salud y en el mejoramiento de la calidad de los servicios.

---

### 2.1 Actividades piloto

A fin de ayudar al gobierno de Paraguay, y en particular al Ministerio de Salud, en el proceso de descentralización, la USAID debería desarrollar actividades piloto en unos cuantos departamentos y lugares selectos. Dichas actividades piloto proporcionarán experiencia e información valiosa que podrán informar la futura estrategia del gobierno y la implantación de una gestión descentralizada de la salud. Hay que reconocer que estos proyectos piloto constituirían un primer paso en un proceso más largo de descentralización. Incluso en países con una historia más larga de descentralización, el proceso es paulatino y requiere recursos, compromiso y tiempo significativos.

### **2.1.1 Asistencia técnica**

El apoyo de la USAID a la descentralización en Paraguay se ha realizado principalmente en forma de abogacía o promoción. Se ha ofrecido poca o ninguna asistencia técnica al nivel local o regional para ayudar a desarrollar instituciones y programas eficaces con miras a aumentar la participación local y mejorar la calidad de los servicios. La USAID puede contribuir al proceso de descentralización proporcionando asistencia técnica y apoyo para creación de capacidad a los niveles regional y local con miras a ejecutar programas participativos de salud eficaces y amplios. Será especialmente importante que los consejos de salud regionales y locales incluyan a representantes de importantes grupos de la comunidad y grupos cívicos, de las ONG y de otros interesados, en particular los que trabajan en el sector salud. Esto incluye a representantes de otros sectores cuyas actividades surten un efecto directo en las cuestiones de salud que afectan a las distintas comunidades.

### **2.1.2 Superar los obstáculos**

Los programas piloto necesitarán abordar la mayoría de las restricciones importantes que se interponen a la descentralización, las cuales se describieron en la primera sección de este informe. Ha de seguir habiendo un deseo político de transferir la facultad decisoria. Los retos legales han de superarse. Ha de formularse una nueva estrategia financiera que se concentre tanto en generar recursos al nivel local como en transferir fondos del nivel nacional. Quizás lo que es más importante, la capacidad ha de crearse entre las personas y las instituciones en todos los niveles, pero en particular a los niveles local y regional, a fin de permitirles asumir las nuevas responsabilidades que resultarán de la descentralización eficaz.

Además, la descentralización eficaz requerirá fortalecer las interrelaciones entre los distintos niveles de gobierno y que los nuevos papeles y responsabilidades se definan claramente en todos los niveles. Un ejemplo es la necesidad de un papel claramente definido para el Ministerio de Finanzas en la transferencia de autoridad para generar ingresos locales y ejecutar el proceso de descentralización de los recursos financieros.

---

## **2.2 Planificación estratégica**

Los primeros pasos en la iniciación de un programa piloto consisten en definir la forma específica que adoptará la descentralización y promover consenso para el proceso en todos los niveles políticos. Si bien se están considerando algunas transferencias de responsabilidades en la actualidad, será necesario formular una visión coherente para plazo medio y largo si queremos que los programas piloto tengan éxito y si los resultados han de ser aplicables a ese debate que necesitará ocurrir en otros lugares del país.

La promoción de consenso en torno a una visión común para la descentralización dentro del sector salud puede lograrse mediante un proceso de planificación estratégica. El Ministerio de Salud no tiene ahora un proceso para obtener consenso entre su personal de alto nivel en el ámbito central y regional (incluidos los representantes de los gobernadores) acerca de una visión organizativa sobre cómo descentralizar. Dicho ejercicio estratégico abordaría cuestiones clave tales como las siguientes:

- ▲ qué instituciones serán parte de un sistema de salud descentralizado, inclusive al nivel central y departamental
- ▲ interrelaciones entre los diferentes niveles
- ▲ asignación interregional de recursos y equidad
- ▲ un proceso para mejorar la calidad de los servicios de salud

Otro beneficio de apoyar un proceso de planificación estratégica para la descentralización es el de promover el reconocimiento de que el proceso mediante el cual se diseña y ejecuta la descentralización es casi tan importante como los resultados concretos. Deberán seguirse los principios de la gestión de calidad total a fin de:

- ▲ permitir creación de consenso a través de un proceso participativo e iterativo
- ▲ hacer que el diseño refleje más las condiciones que afectarán positiva y negativamente al proceso
- ▲ incorporar los objetivos reales de los participantes
- ▲ resultar en una mayor propiedad y compromiso de los resultados últimos, que serán los elementos de la sostenibilidad del proceso

Este mismo proceso de planificación participativa podría utilizarse luego dentro de las regiones y lugares donde se ejecuten los proyectos piloto, con la estrecha colaboración de los consejos de salud regionales y locales. El enfoque participativo se basa en la premisa de que los interesados y los clientes han de participar activamente en el diseño y vigilancia de los programas elaborados para cada región o localidad.

---

## **2.3 Definición de papeles y responsabilidades apropiados**

Otro componente del proceso de promoción de consenso entraña la definición de papeles y responsabilidades apropiados para las instituciones para cada nivel administrativo así como para la interacción entre ellas y la vigilancia de cada una de ellas. Dadas las nuevas responsabilidades y la mayor autonomía que tendrán las instituciones a niveles administrativos más bajos, el papel del Ministerio de Salud tendrá que cambiar del de administrar programas al de proporcionar asistencia a las instituciones de nivel más bajo para la ejecución de los programas. El papel del Ministerio de Salud al nivel central incluirá también establecimiento de normas nacionales y objetivos programáticos. Un sistema de información gerencial modificado permitirá a las instituciones en cada nivel seguir su desempeño en relación con los objetivos programáticos establecidos y vigilar el desempeño a niveles administrativos más bajos.

Estos cambios en los papeles y responsabilidades serán esenciales para que la descentralización sea eficaz a largo plazo. La capacitación, la asistencia en la elaboración de nuevos sistemas y un proceso continuo de promoción de consenso entre los diferentes actores figuran entre las actividades clave de una iniciativa piloto de descentralización.

---

## 2.4 Creación de capacidad institucional

Otro componente esencial del apoyo de la USAID ha de ser fortalecer la capacidad institucional de las personas e instituciones que participan en la descentralización. Las instituciones en todos los niveles necesitarán ser fortalecidas y ha de facilitarse la interacción entre las instituciones al nivel central, regional y local.

Esta creación de capacidad apoyará directamente la ejecución de un plan de descentralización por etapas. Inicialmente, la transferencia de la toma de decisiones en las áreas piloto puede considerarse para la compra de medicinas (cosa que ha ocurrido ya en muchos departamentos), control de la contratación y despido del personal y una transferencia paulatina de los recursos financieros.

---

## 2.5 Resumen

En resumen, un programa de descentralización en la atención de salud apoyado por la USAID puede emprenderse en las áreas piloto selectas donde el proceso de implementación podrá someterse a prueba y aprenderse lecciones para mejorar el proceso nacional más amplio. El apoyo de la USAID debería concentrarse en las áreas siguientes:

- ▲ Fortalecer la capacidad a los niveles locales (municipios, gobiernos departamentales, consejos departamentales o de distrito y comunidades individuales) para realizar programas de salud basados en los criterios del mejoramiento de la calidad y la promoción de una participación activa de la comunidad.
- ▲ Ayudar a definir el papel normativo, supervisor y de apoyo del Ministerio de Salud central en un sistema de salud descentralizado.
- ▲ Promover la formulación, preparación y aprobación de leyes que faciliten el marco y la ejecución de la descentralización en general y la descentralización del sector salud en particular.
- ▲ Formular un sistema de impuestos y transferencias intragubernamentales que fortalezcan la capacidad ejecutiva de los departamentos y municipios.
- ▲ Desarrollar o adaptar el sistema de información de gestión del Ministerio de Salud.
- ▲ Construir sistemas apropiados para transferencias financieras y recuperación de costos.

---

## 2.6 Pasos siguientes

A fin de que la USAID determine dónde implementar los programas piloto, se necesita un diagnóstico más a fondo de los departamentos. Dicho diagnóstico debería concentrarse en el progreso realizado hasta la fecha en la creación de consejos de salud regionales y locales, así como los determinados factores de habilitación y restricción que afectarán al proceso de descentralización.

Cabe advertir que el apoyo provisional a esas regiones ha demostrado que un compromiso a erigir programas de salud eficaces y descentralizados será esencial para mantener el ritmo ya generado por el Ministerio de Salud, con apoyo de la Oficina Regional de Vivienda y Desarrollo Urbano/Sudamérica (RHUDO/SA) de la USAID. Dicho apoyo sería objeto de concentración específica para el fortalecimiento de los consejos de salud departamentales y locales que se han formado con apoyo de la Universidad Internacional de Florida.

Debería elaborarse una propuesta de intervención detallada para recibir ayuda del Proyecto Colaboración para la Reforma de la Salud (*Partnerships for Health Reform, PHR*) que incluye los resultados del análisis diagnóstico departamental. Actividades de seguimiento deberían concentrarse en la elaboración de actividades piloto en determinados distritos para implantar la descentralización eficaz de los servicios de salud. Dichos programas podrían contener apoyo o asistencia con las actividades siguientes:

- ▲ Planificación estratégica por representantes del Ministerio de Salud y los departamentos y municipios afectados en las actividades del sector salud para promover un consenso en torno a una visión común de la descentralización del sector salud. (Este ejercicio de planificación estratégica pudiera tener lugar juntamente con la conferencia sobre descentralización que se va a organizar en la primavera de 1996 con la ayuda de la USAID.)
- ▲ Diseño participativo de programas piloto locales y regionales para descentralización.
- ▲ Desarrollo y ejecución de un plan de capacitación para representantes de instituciones locales, regionales y centrales que participan en la descentralización en el sector salud.
- ▲ Esfuerzo por el Ministerio de Salud para definir el papel normativo, de supervisión y de apoyo que desempeña.
- ▲ Fortalecimiento de las comunidades de salud regionales y de distrito.
- ▲ Creación de capacidad al nivel local para mejorar la calidad de los servicios de salud.
- ▲ Diseño y prueba de un programa piloto para recuperación de costos y asignación de recursos al nivel local.



---

## 3. Objetivos de la descentralización del sector salud

Esta sección esboza la finalidad general de la descentralización del sector salud en Paraguay. Algunas definiciones se proporcionan como antecedentes y los principios y objetivos del proceso se examinan más detalladamente.

---

### 3.1 Algunas definiciones

Descentralización se define como la transferencia de autoridad o la reasignación de poder en las áreas de planificación, gestión y toma de decisiones del nivel nacional al subnacional o local. Entraña un acto legal permanente e irreversible mediante el cual una organización periférica o de nivel inferior recibe una responsabilidad y los recursos para ejercerla con autonomía política y gerencial. Hay dos tipos de descentralización:

- ▲ La descentralización sectorial o institucional ocurre cuando se proporciona un servicio público o social completa o parcialmente por parte de una agencia descentralizada con respecto al nivel central del gobierno. El Instituto de Previsión Social (IPS) es un ejemplo de descentralización sectorial.
- ▲ La descentralización geográfica ocurre cuando las responsabilidades y recursos los transfiere el nivel nacional a departamentos o municipios de nivel más bajo. A menudo se considera que la descentralización geográfica es una forma más auténtica de descentralización y la descentralización sectorial o institucional es considerada con frecuencia como “desconcentración” (que se define a continuación).

Es importante distinguir entre los grados de descentralización:

- ▲ Desconcentración es la transferencia de responsabilidades administrativas a unidades regionales del gobierno central. Desconcentración es principalmente una reorganización técnica de los servicios. Rara vez incluye actos legales sino más bien se realiza a través de medidas administrativas relativamente simples. Ejemplos de desconcentración en el Ministerio de Salud son las directrices administrativas que permiten la compra de medicamentos y suministros médicos por departamentos individuales.
- ▲ Delegación es un acto administrativo mediante el cual se asignan las responsabilidades a niveles inferiores o más periféricos de la organización para llevar a cabo ciertas funciones. La delegación es a menudo temporal y reversible.
- ▲ Transferencia es la creación o fortalecimiento de niveles subnacionales de gobierno con distintos grados de autonomía política y financiera.

---

## 3.2 Tres principios de la reforma del sector salud

El proceso de reforma del sector salud en Paraguay se fundamenta en tres principios, que juntos, constituyen la piedra angular de la política de atención de salud del gobierno:

- ▲ descentralización (tanto sectorial como geográfica)
- ▲ autogestión
- ▲ participación social

### 3.2.1 Descentralización

La descentralización de la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros optimiza el uso de los recursos mejorando su eficiencia y productividad y reduciendo los costos operativos. La descentralización se considera como una alternativa a utilizar entidades nacionales grandes y burocráticas para administrar los servicios públicos y sociales. Se considera que los sistemas descentralizados son más eficaces en la asignación de recursos escasos a necesidades prioritarias.

La descentralización, tanto sectorial como geográfica, es un objetivo común de la reforma del sector salud en América Latina y sirve a los objetivos más amplios de mejorar la calidad, la equidad y la eficiencia de los servicios públicos y sociales. La descentralización también sirve para mejorar la gobernabilidad y para aumentar la democratización y la participación social.

Un objetivo de la descentralización del sector salud en Paraguay es el de mejorar la equidad en la asignación de los recursos. La meta consiste en distribuir recursos financieros, humanos y materiales a través del país, asegurando que las subvenciones del estado se concentran en los grupos sociales más pobres y más vulnerables. La descentralización permite a los órganos de decisión al nivel local ejercer más control sobre cómo se utilizan los recursos.

Otro objetivo de la descentralización consiste en mejorar la calidad de los servicios de salud al nivel local y, en última instancia, mejorar el estado de salud general de la población. Esto se consigue de distintas formas, entre ellas:

- ▲ aumentando el acceso a los servicios para todos los segmentos de la población
- ▲ optimizando el uso de los recursos disponibles
- ▲ utilizando intervenciones apropiadas para alcanzar resultados óptimos
- ▲ permitiendo a los proveedores de atención de salud al nivel local asumir la responsabilidad de mejorar la calidad de sus servicios
- ▲ mejorando la satisfacción de los pacientes.

### **3.2.2 Autogestión**

Autogestión es una forma de gestión desconcentrada o descentralizada para las instituciones o unidades proveedoras de servicios. La autogestión completa, o la descentralización institucional, existe cuando una unidad de provisión de servicios mantiene su propio estado legal y autonomía financiera, patrimonial y administrativa aun cuando aún sea controlada por el nivel central.

La autogestión está encaminada a habilitar a las unidades proveedoras de los servicios como centros autónomos para adoptar decisiones y responsabilizarse de alcanzar los objetivos y administrar los recursos. La autogestión, que es particularmente pertinente para los hospitales, debería incluir un fortalecimiento de la capacidad gerencial de los miembros del personal a fin de permitirles asumir una mayor responsabilidad. A menudo va acompañada de una estructura de incentivos encaminada a aumentar la productividad.

### **3.2.3 Participación social o de la comunidad**

La participación social o de la comunidad en la atención de salud se manifiesta en distintas formas, entre ellas a través de trabajo de voluntarios, actividades de promoción de la salud dentro de la comunidad o participación de la comunidad en la planificación, gestión y control de las inversiones en la salud. Los ciudadanos pueden participar en tales actividades como voluntarios, como representantes de los consejos de salud locales o como parte de iniciativas más amplias encaminadas a mejorar las condiciones en relación con la eficiencia y la supervisión.

La participación de la comunidad en la supervisión de los servicios resulta en una provisión más oportuna de servicios de salud, mayor cobertura y calidad mejorada de la atención. La participación de la comunidad debería incluir el desarrollo de control por la comunidad y representación política de fuerzas minoritarias o emergentes.



---

## 4. El estado de la descentralización del sector salud

La descentralización de las funciones gubernamentales comenzó en Paraguay después de la institución de un gobierno democráticamente electo hace seis años. Se crearon departamentos (en virtud de la Constitución de 1992 y la Ley 426/94), y se reorganizaron los municipios (Ley 1/90). Se celebraron elecciones democráticas para superintendentes a nivel municipal y para gobernadores al nivel departamental (en mayo de 1991 y mayo de 1993, respectivamente). Sin embargo, tanto en términos financieros como administrativos, la descentralización está todavía en su infancia.

La gestión y operación de los servicios de salud han sido tradicionalmente la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a nivel central. En el pasado, la organización local y regional de los servicios de salud eran necesariamente paralelas a los entes políticos administrativos del gobierno. Además, las instalaciones de atención de salud del sector público siempre eran consideradas como un subsector del sistema de atención de salud más amplio, junto con el Instituto de Previsión Social y el sector privado.

La Resolución 368 (1992) y la Resolución 49 (1993) fijaron los límites geográficos de las regiones de salud de forma que siguiesen las divisiones políticas y administrativas del país. Esto permitió una mejor coordinación entre las actividades del sector salud con las emprendidas por los gobernadores y superintendentes municipales.

Después de ocupar el cargo el nuevo gobierno constitucional (para prestar servicio entre 1993 y 1998) y después de que fueran elegidos los gobernadores en 1993 (pero antes de que éstos últimos ocuparan sus cargos), se adoptaron decisiones de desconcentrar adicionalmente los servicios de salud. La reforma general del sector salud comenzó en 1994 e incluyó:

- ▲ reorganización del Consejo Nacional de Salud
- ▲ propuestas para crear un Sistema Nacional de Salud y un Seguro Médico Nacional
- ▲ reafirmación del compromiso a la descentralización, concretamente al nivel municipal
- ▲ un papel fortalecido del Ministerio de Salud como líder general del sector salud.

En fechas recientes se han dado pasos importantes para desconcentrar la toma de decisiones y establecer coordinación entre los gobiernos del nivel central y departamental. En particular, los directores regionales de salud pueden ahora asignar y desembolsar recursos financieros destinados a la compra de medicamentos y suministros. Además, se instaló en todas las tiendas médicas del Ministerio de Salud un sistema de control del inventario por computadora (INVEC), que llevó a varias regiones a solicitar la instalación de tales sistemas al nivel departamental.

Además, el establecimiento de gobiernos a nivel departamental, que incluye a las secretarías de salud, ha hecho necesario organizar entes de coordinación entre el Ministerio de Salud y los departamentos. Se celebraron reuniones especiales entre el Ministro de Salud, los gobernadores y los secretarios de salud. Algunos departamentos han constituido sus propios consejos de salud.

Para combinar los distintos servicios y sus sectores de atención de salud en un sistema coherente y satisfacer la necesidad de coordinación entre los departamentos y municipios, la Cámara de Diputados comenzó a considerar un proyecto de ley para crear un Sistema Nacional de Salud. Este proyecto de ley fue aprobado por la Cámara de Diputados en diciembre de 1995 y se tenía programado debatirlo en el Senado en la primavera de 1996.

---

#### **4.1 La ley nacional del Sistema de Salud**

El proyecto de ley por el que se estableció el Sistema Nacional de Salud garantiza un derecho universal a la atención de salud. Al crear un Sistema Nacional de Salud, la ley (en virtud del Artículo 3) aspira a integrar a los diferentes subsectores del sector salud: entidades públicas y oficinas; entidades privadas; y el Instituto de Previsión Social. La ley clasifica a las distintas entidades que proporcionan servicios de salud como “integradas” o “incorporadas” si son entidades públicas o si más del 50 por ciento de sus recursos provienen del sector público; las instalaciones de atención de salud privada son clasificadas como entidades “adjuntas” o “coordinadas”.

El “sistema” de atención de salud (tal como se define en el Artículo 4) consta de una “red de servicios” públicos y privados para prevenir la enfermedad, promover la salud y tratar y rehabilitar a los pacientes. La ley también se refiere al sistema como un área intersectorial en la que actúan factores biológicos, sociales, económicos y culturales que influyen en la salud y la enfermedad (Artículo 5).

Se reafirma la responsabilidad del estado de mantener la igualdad de deberes y derechos de los ciudadanos (en el Artículo 6). Se subraya el papel del sistema como “integrador y reglamentador de las instituciones de servicios”, en particular en el establecimiento de cobertura integral de atención de salud y garantía de acceso universal a dicha cobertura.

La ley legitima el proceso de desconcentración administrativa bajo las direcciones regionales de salud y crea formalmente tres unidades de coordinación intersectorial: el Consejo Nacional de Salud, los consejos regionales de salud y los consejos locales de salud. La ley reafirma la función rectora y directiva del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Artículo 10) continuando sus funciones administrativas de contratar, vender, adquirir y transferir servicios, y concertar y suplementar los recursos físicos, financieros, de equipo y servicios materiales.

La ley no priva al Ministerio de Salud de sus funciones operativas. Ni descentraliza las responsabilidades y recursos a los departamentos y de los departamentos a los municipios. Crea mecanismos de negociación y deja abierta la posibilidad de que las distintas entidades gubernamentales concierten acuerdos y contratos para promover la descentralización (Artículo 12). También deja abierta la posibilidad de que los sistemas locales de salud se desarrollen y fortalezcan y que se implemente a través de ellos la descentralización financiera y operativa (Artículo 8G).

Quizás el aspecto más significativo de la ley con respecto a la descentralización es la creación de consejos regionales y locales de salud (Artículo 23 y 24). Estos consejos han de incluir a todas las instituciones que comprenden el sector salud en distintos municipios y departamentos y han de estar dirigidos por secretarías de salud departamentales y locales. Aunque los consejos regionales y locales no reciben responsabilidades ejecutivas, son responsables de las funciones de negociación, coordinación, evaluación y supervisión, y pueden crear procesos que, en última instancia, requieran una descentralización real de responsabilidades y recursos a entidades subnacionales.

La ley crea un Consejo Nacional de Salud (Artículo 19) cuyas únicas funciones son la coordinación, el consenso y la participación. También se crea un Comité Ejecutivo (Artículo 27) para dirigir, guiar, adoptar decisiones, establecer normas y supervisar la operación del sistema y la ejecución del Plan Nacional de Salud. El Comité Ejecutivo está facultado (Artículo 31) para organizar tres direcciones:

- ▲ La Dirección Médica Nacional, responsable de la gestión de los servicios.
- ▲ La Dirección Nacional del Fondo de Salud, responsable de la política de financiamiento y del seguro médico nacional.
- ▲ La Dirección de la Superintendencia de Salud, para acreditación y control de la calidad del servicio.

El Comité Ejecutivo también está facultado para establecer “la descentralización administrativa, operativa y ejecutiva” basándose en diferentes niveles de atención en el caso del subsector público (Artículo 41).

La ley no define los recursos financieros del sector salud ni crea nuevas fuentes de ingresos. Sin embargo, la ley sí menciona un Fondo Nacional de Salud (Artículo 38), que es “el organismo financiero ejecutivo del Sistema Nacional de Salud y se supone que elabore y ejecute el presupuesto anual para cada subsector”. La ley no especifica el estado legal del Fondo o si es un sistema centralizado de recaudación de ingresos de distintos subsectores. La ley tampoco especifica qué cantidad de recursos o en qué condiciones y con qué criterios pueden transferirse los recursos financieros a los departamentos y municipios. Sin embargo, la ley sí da al Comité Ejecutivo la facultad de reglamentar “mecanismos para transferir recursos a las regiones, a los establecimientos del subsector público y a los profesionales que facilitan servicios al sector” (Artículo 40A).

El Sistema Nacional de Salud, según lo define el proyecto de ley, no proporciona una guía para descentralizar completamente el sector salud. Debería promoverse una modificación o una nueva ley que confiera responsabilidad política para los sistemas municipales de salud a los municipios; encomiende la coordinación y las funciones consultivas y servicios de mayor complejidad a los departamentos; y reserve para el Ministerio de Salud la responsabilidad para establecer la dirección general de la política pública de salud, definiendo normas nacionales para los servicios de salud, promoviendo asesoramiento técnico y apoyo a las entidades locales, supervisando los sistemas de salud locales y regionales.

---

## 4.2 Actividades de descentralización apoyadas por la Universidad Internacional de Florida

Para ayudar al gobierno de Paraguay en sus esfuerzos por promover la descentralización, aumentar la participación ciudadana y fortalecer a los gobiernos locales, el Instituto de Gestión y Servicio de la Comunidad de la Universidad Internacional de Florida (*Florida International University*, FIU), ha ejecutado un proyecto de tres años destinado a promover la consolidación de las instituciones democrática en Paraguay. Esta iniciativa fue apoyada por RHUDO/SA. La primera etapa, que comenzó en septiembre de 1993, se concentró en un diagnóstico del proceso de descentralización y en una propuesta para intervención. En la segunda etapa, el apoyo técnico y la capacitación se dirigieron a diferentes niveles de gobierno.

Al nivel nacional, FIU proporcionó apoyo legislativo al Comité de Asuntos Departamentales y Municipales de la Cámara de Diputados en la redacción de un nuevo proyecto de Ley Orgánica Municipal. FIU copatrocinó dos coloquios de debate sobre el proyecto de ley con el mismo Comité, uno para miembros de la comunidad y el otro para expertos en el gobierno municipal. Ambos coloquios tuvieron lugar en Asunción. También se celebraron unas cuantas audiencias públicas en ciudades de provincia.

FIU también proporcionó asistencia en la organización y celebración de un coloquio para el Comité de Asuntos de Salud de la Cámara de Diputados al que se presentaron cuatro proyectos de ley relativos a la Ley del Sistema Nacional de Salud.

Una de las primeras actividades de descentralización del Ministerio de Salud fue organizar y celebrar un coloquio internacional al que asistieron el Ministro de Salud y el Subsecretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. A este coloquio siguieron tres talleres, uno con participación del ex Ministro de Salud de Colombia, Juan Luis Londoño, que contribuyó a realizar la descentralización en Colombia. Los talleres estuvieron destinados a los directores centrales y departamentales, directores de hospitales y gerentes de salud de distrito como representantes de los gobiernos departamentales y municipios.

Se organizaron dos talleres al nivel departamental. Uno versó sobre “el papel de los gobiernos departamentales en el futuro de la democracia en Paraguay”, que incluyó la participación de oradores externos. El otro, sobre “el papel de los partidos políticos en la descentralización”, incluyó a líderes de los partidos representados en el Parlamento así como a representantes del Presidente de la República de Paraguay. Se celebraron tres talleres sobre métodos administrativos para funcionarios de los gobiernos de los departamentos Central, Cordillera y Paraguarí.

Al nivel municipal, FIU proporcionó apoyo para la modernización administrativa y la formulación del presupuesto al municipio de Asunción. Se realizó un estudio de la participación ciudadana y la experiencia obtenida por el municipio de Asunción durante el proyecto se transmitió a los municipios provinciales a través de talleres y seminarios.

Se alcanzaron los resultados siguientes:

- ▲ El proyecto de Ley Orgánica Municipal se llevó al punto de la aprobación por la Cámara de Diputados.
- ▲ El proyecto de Ley del Sistema Nacional de Salud se aprobó en parte.
- ▲ Se hicieron preparativos para los programas piloto de descentralización del sector salud.
- ▲ Se hizo más conscientes de sus papeles a los gobernadores y, como resultado, se fortaleció el Consejo de Gobernadores de Paraguay. A petición de esa institución, se formó el Consejo Nacional de Descentralización con la participación de distintas instituciones nacionales, departamentales y municipales.
- ▲ Las actividades recibieron una atención significativa en los medios impresos (incluido artículos en la prensa en primera página) y por radio y televisión.

---

### 4.3 Perspectivas de diferentes actores

Desde el establecimiento de un gobierno democráticamente electo, el gobierno central (nacional) ha tenido éxito en fortalecer la estructura política y administrativa de los departamentos y municipios, así como la organización democrática de sus autoridades, mediante elecciones directas. No obstante, no hay una ley básica de descentralización administrativa y financiera que dicte o rijan una iniciativa de descentralización progresiva en todos los sectores del gobierno.

Las indagaciones al Ministerio de Finanzas y un análisis de las leyes fiscales indican una necesidad de una descentralización más amplia. Por ejemplo:

- ▲ El Ministerio de Finanzas está considerando la transferencia de parte de los recursos en el presupuesto nacional a los municipios y departamentos. Sin embargo, no hay un plan claro o un marco legal para dicha acción.
- ▲ La contribución de los departamentos a los cobros del impuesto de valor agregado (IVA) es inequitativa, ya que los departamentos más pobres contribuyen proporcionalmente más.
- ▲ La gestión de los impuestos e ingresos de las loterías y juegos de azar está centralizada, lo que dificulta el desarrollo de los propios ingresos de los departamentos.
- ▲ Los municipios tienen responsabilidad del cobro de los impuestos sobre la propiedad inmobiliaria y estos ingresos se transfieren a los departamentos y, en parte, a los municipios más pobres. La cuestión de la distribución equitativa de los recursos y la responsabilidad del gobierno central no se ha resuelto; no está claro cuándo deberían financiarse dicha responsabilidad con cargo a los ingresos nacionales.

El Congreso ha apoyado la iniciativa del Ministerio de Salud, en especial mediante la formulación del proyecto de ley por el que se establece el Sistema Nacional de Salud. Tal como se indicó en otros lugares, este proyecto de ley incluye mecanismos para actividades conjuntas con los departamentos y municipios. No obstante, una importante restricción que se interpone a una descentralización amplia y nacional es la falta de apoyo entre los líderes nacionales de los partidos políticos tradicionales para redistribuir el poder a las regiones. En ausencia de un apoyo más fuerte

dentro del propio gobierno central, difícilmente puede esperarse que los representantes de las provincias en el Congreso ofrezcan mayor apoyo para el proceso.

El Ministerio de Salud ha mostrado una gran voluntad política, ha demostrado liderazgo y ha obtenido el apoyo del presidente para las medidas que ha adoptado hacia la descentralización. Las expectativas inmediatas para la descentralización se han expresado con gran claridad en el documento firmado el 20 de diciembre de 1995 entre el Ministerio de Salud, los secretarios de salud departamentales, los intendentes municipales, los municipios, los directores regionales y los directores de los centros de salud, que les comprometieron a lo siguiente:

- ▲ Seguir promoviendo la causa de la descentralización como forma de garantizar el desarrollo sostenido para mejorar la calidad de la vida de todos los residentes de los departamentos y distritos.
- ▲ Estimular la creación y fortalecimiento de consejos de salud de departamento y distrito asegurando la participación de todos los líderes y representantes de la comunidad, entre ellos los representantes de las organizaciones existentes de la comunidad.
- ▲ Buscar el uso óptimo de los recursos disponibles mediante la coordinación de las actividades de las unidades en el área de la salud y ayudándoles en el desarrollo de servicios de salud de calidad mediante la firma de acuerdos entre dichas unidades.
- ▲ Promoviendo la preparación conjunta de planes de salud a nivel de distrito a corto, mediano y largo plazos para incluirlos en los planes de desarrollo de distrito con el fin de abordar las prioridades de atención de salud de la población.
- ▲ Instar a las instituciones nacionales, departamentales y locales a que contribuyan a los planes de salud a aquellos recursos que han asignado al sector salud en sus áreas de conformidad con las disposiciones vigentes (esto no incluye los recursos comprometidos fuera de su control).
- ▲ Proporcionar el plan anual nacional de salud a las comunidades para debate, corrección y aprobación a fin de hacerlo transparente con respecto a las decisiones que afectan a la comunidad.

Sin embargo, independientemente de este progreso, el Ministerio de Salud no ha redactado un plan de plazo medio o largo para descentralización, en especial para los aspectos administrativos y financieros del proceso.

---

#### **4.4 Progreso hasta la fecha**

El apoyo y búsqueda activa por el Ministerio de Salud ha lanzado el proceso de descentralización, participación de la comunidad y autogestión para resolver antiguos problemas creados por el centralismo del gobierno. Esto ha ocasionado nuevas tensiones en el proceso nacional, permanente, de cambio político fundamental. Las áreas más importantes de progreso son las siguientes:

#### **4.4.1 Creación de secretarías departamentales de salud**

Quizás el paso más importante hasta la fecha en la descentralización del sector salud—y uno que afectará significativamente la trayectoria futura del proceso—es la creación de secretarías departamentales de salud que dan cuenta directamente a los gobernadores. Aunque las funciones de las secretarías de salud se han definido como coordinación y supervisión, coexisten con las direcciones regionales de salud que también existen en cada departamento y que dan cuenta al Ministerio de Salud. Esto crea conflicto y tensión permanentes debido a que existe una superposición de responsabilidades de estas dos entidades y no hay una definición clara de funciones.

En las reuniones de coordinación entre el Ministerio de Salud y las secretarías departamentales celebradas en febrero de 1997, las secretarías convinieron con el Ministerio de Salud en que participarían en todo el proceso de formulación, realización y evaluación del presupuesto de las instituciones de atención de salud establecidas en sus departamentos y servirían de coordinadores y supervisores de la atención de salud en los departamentos. Estas reuniones resultaron en una iniciativa encaminada a solicitar a los gobernadores que no habían creado todavía secretarías de salud a que lo hicieran.

Tendrá que prestarse más atención a crear acuerdos de coordinación más estables y mejor definidos entre las direcciones regionales de salud. Estos acuerdos son vitales para efectuar la transición hacia sistemas verdaderamente descentralizados en los que las secretarías de salud estén unificadas con las direcciones regionales y comiencen a desempeñar funciones electivas en la administración de la atención de salud.

#### **4.4.2 Creación de consejos de salud departamentales y de distrito**

Los consejos de salud departamentales y municipales fueron creados por iniciativa del Ministro de Salud y mediante las reuniones de coordinación celebradas entre el Ministerio de Salud y las secretarías departamentales. Estos consejos de salud están encabezados por las secretarías departamentales de salud e incluyen a representantes de las direcciones regionales del Ministerio de Salud. El objetivo es el de que coordinen, negocien y supervisen las políticas y servicios de salud en los departamentos y municipios. Al mes de junio de 1995, inclusive, dichos consejos habían sido organizados en los departamentos de Concepción, Central, Cordillera, y misiones y en el distrito de San Lorenzo. Para diciembre de 1995, se había creado un total de nueve consejos.

Aunque estos consejos no tienen poder ejecutivo, pueden desempeñar un papel de transición muy importante al facilitar formas genuinamente descentralizadas de manejar la atención de salud. Como dijo el Ministro de Salud “existe clara evidencia de que se ha hecho progreso en la descentralización... y que... había un convencimiento de que este Ministerio debería seguir transfiriendo paulatinamente aquellas responsabilidades que se sabe pueden administrarse óptimamente al nivel departamental o municipal”. También advirtió que “existe un convencimiento de que la transferencia de papeles no puede lograrse de la noche a la mañana debido a que todo depende de la capacitación de los recursos humanos y de toda la estructura social que debería acompañar a este proceso al nivel departamental o municipal” (junio de 1995).

#### **4.4.3 Plan piloto para transferir los servicios básicos de salud a los municipios**

En la ejecución de las políticas de descentralización, el Ministerio de Salud y los superintendentes municipales han firmado acuerdos concretos con algunos distritos. Tales iniciativas están en las etapas iniciales y, aunque algunos municipios han creado consejos de salud, no han comenzado aún a coordinar las actividades locales de salud. Los acuerdos comprometen a los municipios a las medidas esbozadas en la Sección 4.3 supra.

#### **4.4.4 Acuerdos departamentales de gobierno con SENASA**

El Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (SENASA), componente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, está promoviendo un programa de cooperación en el área de saneamiento básico. Se están ejecutando acuerdos anuales que incluyen grupos para financiar conjuntamente actividades. Este experimento cimentará las bases para la futura descentralización de dichos servicios.

#### **4.4.5 La autogestión en la adquisición y el control de los pagos de reembolso**

Los primeros pasos que el Ministerio de Salud dio para desconcentrar la gestión fueron delegar las compras de medicamentos y suministros a las regiones de salud. Las regiones han sustituido a los sistemas centralizados, que pueden crear toda clase de ineficiencias, incluida la corrupción.

No obstante, este proceso de promoción de la autogestión no ha llegado aún a las unidades que proporcionan los servicios (puestos y centros de salud y hospitales). Estas instalaciones requieren autonomía para administrar sus propios recursos, como mínimo, a fin de que puedan atender las necesidades y demandas urgentes de forma más oportuna y flexible.

Los pagos de reembolsos deberían ser entregados al Ministerio de Finanzas y sometidos a un proceso de reprogramación que debiera durar unos dos meses. Al mismo tiempo, las unidades que generan recursos no los reciben todos; algunos se “redistribuyen” a otras unidades más pobres. El resultado es disuadir las actividades de cobro de ingresos que es un objetivo de la autogestión. En última instancia la dirección futura de la descentralización institucional de la provisión de servicios dependerá de la autogestión por parte de las unidades que proporcionan los servicios.

---

### **4.5 Tensiones actuales**

A continuación presentamos un resumen de las tensiones creadas por la actual etapa de descentralización del sector salud.

- ▲ Confusión acerca del proceso de descentralización y de las estrategias impide la implementación de las políticas. Por ejemplo, la organización de nueve consejos

departamentales, encabezados por secretarías de salud, no garantiza la coordinación de las actividades; se requiere para que éstas funcionen una fuerte dosis de gestión política.

- ▲ Una falta de claridad acerca de los papeles de las secretarías de salud y los directores regionales crea incertidumbre dentro de estos órganos y al nivel de la comunidad. Hay distintas opiniones acerca del papel operativo de las secretarías de salud, pero este papel no se ha determinado aún. Las direcciones regionales, que dan cuenta al Ministerio de Salud, se ven amenazadas por una posible pérdida de poder. En la actualidad, las actividades que realizan las secretarías de salud y las direcciones regionales están superimpuestas. Esa duplicación, que se evidencia más en la atención primaria y en algunas actividades médicas, desacopla actividades gubernamentales paralelas.
- ▲ La falta de un mecanismo de coordinación entre el Ministerio de Salud y los gobiernos departamentales, los municipios y el Instituto de Previsión Social complica el uso de los recursos asignados a la atención de salud.
- ▲ Las unidades que proporcionan servicios no tienen la capacidad de administrar sus propios recursos y esto disuade la recuperación de costos. En consecuencia, muchos funcionarios se ven amenazados por la modernización y descentralización administrativa.
- ▲ La infraestructura disponible está subutilizada, en particular, en las unidades de atención primaria, lo que indica una mala asignación de los recursos.
- ▲ Existe incertidumbre acerca del sistema para imposición y transferencias. El actual presupuesto del Ministerio de Salud se divide en fondos derivados de la recuperación de costos y en fondos procedentes del nivel central. Los fondos recuperados a través de los pagos por servicios se depositan en el Ministerio de Finanzas. A fin de apoyar un sistema de presupuestos unificados a través de los distintos niveles de gobierno, el sistema para redistribución y recuperación de costos necesita volver a diseñarse. Puesto que apoyan el fortalecimiento de los municipios y la creación de gobiernos departamentales, los sistemas de impuestos y transferencias deberían reformularse. Por ejemplo, debería haber una mayor equidad en la distribución de los impuestos de la propiedad inmobiliaria cobrados por los municipios, los fondos recaudados a través de las loterías y el IVA.



---

## 5. Los retos de la descentralización

A Paraguay se ha considerado históricamente como uno de los gobiernos más centralizados de América Latina. El poder político fue centralizado en 1537 en Asunción, primer centro urbano bajo la conquista española. La historia política de Paraguay está dominada por formas autoritarias de gobierno. En realidad, las dictaduras civiles del siglo pasado y las militares de este siglo (1936-89) perpetuaron y fortalecieron la tradición centralista de la gobernabilidad política, institucional y económica del país.

Otro factor importante en la centralización del gobierno es la densa concentración demográfica en las zonas centrales del país. Hasta la década de 1950, la población de Paraguay se concentraba en las regiones centrales que comprenden los departamentos de Asunción, Cordillera, Paraguari y Guairá, y en los departamentos que se extienden hacia el sureste (Caazapá, Misiones e Itapúa). La región occidental, o Chaco, estaba casi vacía, al igual que toda la zona nororiental del país.

La historia de la autoridad y el asentamiento centralizados dificultan más la descentralización. El primer artículo de la recién modificada Constitución paraguaya (1992) caracteriza al país como descentralizado: “La República de Paraguay es por siempre libre e independiente. Constituye un Estado social de derecho, unitario, indivisible y descentralizado en la forma prescrita por esta constitución y sus leyes”. Pero esto no la convierte en tal. El poner en práctica el principio constitucional entraña retos políticos, administrativos y financieros de índole divergente. Exige que el gobierno paraguayo formule una estrategia global y diversificada para reestructurar el gobierno. El sistema jurídico en vigor sustenta un estado autoritario y centralista, y es necesario transformar el sistema jurídico de forma que pueda servir de base a una sociedad moderna, democrática y descentralizada.

---

### 5.1 Retos políticos

La descentralización es en esencia una redistribución del poder administrativo y financiero que debería reforzar las capacidades de intervención de diversos grupos y fuerzas sociales mediante la representación ciudadana. La transferencia de autoridad decisoria confiere poder a las autoridades locales y regionales que están en contacto con la comunidad y pueden buscar la participación directa de los ciudadanos en la toma de decisiones. A través de la elección democrática de las autoridades locales y regionales, la descentralización administrativa y fiscal se convierte en un mecanismo que fortalece y sustenta la nueva estructura democrática. Esto también hace más manejable el sistema político. Esta clase de participación democrática puede extenderse también a centros de salud en particular.

El descentralizar la gestión de los servicios públicos y sociales se asocia a menudo con la creación de nuevas estructuras políticas que vuelven a moldear el papel de los departamentos y municipios y de sus autoridades elegidas democráticamente. Un ejemplo lo constituye la creación de consejos regionales y locales de salud en algunos departamentos.

La descentralización es ante todo un proceso político que entraña transferencia de poder. Para algunos significa devolver el poder a los propios ciudadanos y a las unidades subnacionales del

estado tales como los departamentos, los municipios e incluso las entidades proveedoras de servicios. Como proceso político, la descentralización presupone una sólida disposición a nivel central de compartir el poder con otras fuerzas sociales y regionales.

El acto de compartir, transferir o devolver el poder genera a menudo reacciones negativas entre quienes han detentado dicho poder, en particular los dirigentes nacionales de los partidos políticos tradicionales y los niveles alto y medio de la burocracia del gobierno central. Quienes pertenecen a los círculos tradicionales y favorecen el centralismo siempre pueden encontrar razones para impedir o retrasar una transferencia de poder. Pueden encontrar a menudo la mejor justificación para negarse a iniciar el proceso en el subdesarrollo administrativo y financiero de las entidades beneficiarias, sin ofrecer otras formas de transición que incluyan la transferencia de capacidad técnica y administrativa o de recursos financieros.

Por consiguiente, la descentralización exige una gran voluntad política en los niveles superiores del gobierno nacional y una visión más incluyente de la reorganización del estado. Esta voluntad política deberá complementarse con un fuerte liderazgo que actúe de forma articulada para superar los obstáculos durante el periodo de transición.

---

## 5.2 Retos jurídicos

La descentralización puede ir precedida por medidas de desconcentración en forma de delegaciones de poder que puede efectuar un ministerio en beneficio de niveles inferiores de su propio aparato administrativo (por ejemplo, delegaciones del Ministerio de Salud a las direcciones regionales y distritos de salud para fijar metas y administrar recursos). La descentralización en sí puede iniciarse creando mecanismos intersectoriales e interinstitucionales de coordinación y negociación, tales como los consejos de salud departamentales y de distrito. Las medidas de desconcentración son fácilmente reversibles y los mecanismos de coordinación pueden volverse inoperantes si falta voluntad política.

Los mecanismos de desconcentración y negociación en Paraguay dependen casi por completo de la disposición política del ministro en el poder. Dada la inestabilidad institucional de esos mecanismos, la descentralización debe establecerse por medio de un marco jurídico que garantice su continuidad mediante fuerza obligatoria y capacidad operativa distintas de las propensiones políticas del nivel central.

La descentralización debe formarse pues en una ley marco que transmita de verdad responsabilidades y recursos financieros a los departamentos y municipios. Esta ley hará avanzar el proceso de descentralización. Un lugar apropiado para debatir un proyecto de ley de esta índole podría ser el Consejo Nacional de Descentralización.

A continuación figura una lista de leyes que presentan obstáculos jurídicos, administrativos y presupuestarios para descentralizar las funciones y los recursos del gobierno nacional:

- ▲ La Ley de Administración Pública, que reglamenta orgánicamente todas las operaciones gubernamentales: la ley actual crea una organización vertical piramidal que dificulta la desconcentración y descentralización a nivel ministerial.
- ▲ La Ley Orgánica de Presupuestos, que reglamenta el presupuesto anual del gobierno: Esta ley garantiza la centralización absoluta de todos los asuntos relacionados con el gasto

público en el Ministerio de Finanzas. Dentro del presupuesto, los gobiernos departamentales se consideran “órganos autárquicos”, junto con la Administración Nacional de Electricidad, la Administración Nacional de Telecomunicaciones y otras empresas estatales que carecen de autonomía política. Esto obstaculiza cualquier autonomía presupuestaria de los gobiernos departamentales o cualquier transferencia de recursos resultante de la coparticipación con el gobierno central en asuntos fiscales o de derecho de autor.

- ▲ La Ley Orgánica Municipal (Ley 1294/87) se diseñó cuando se pensaba que los municipios desempeñaban algún papel en el control de la población civil. Muchos de sus artículos contradicen la nueva Constitución Nacional. Un proyecto de ley encaminado a modificar esta ley, cuya aprobación se esperaba para 1996, otorga muchas prerrogativas a los gobiernos municipales y les exige que se esfuercen por aplicarlas.
- ▲ La Ley Orgánica Departamental (Ley 496/94) rige a los gobiernos departamentales. Aun cuando la ley actual presenta muchas mejoras frente a la ley anterior, sigue considerándose que restringe el ejercicio de la autonomía y autarquía por parte de los gobiernos departamentales. El progreso de la descentralización—y el dinamismo que están adquiriendo los gobiernos departamentales—requerirá muy pronto que se modifique más esta ley.

---

### 5.3 Retos financieros

La descentralización del sistema financiero exige una estrategia que combine dos objetivos. Primero, debe estimular la creación de nuevos recursos locales y regionales; y, segundo, debe transferir recursos que ahora recauda y gasta el nivel nacional a los niveles departamental y municipal.

La creación de nuevos recursos deberá efectuarse paralelamente al fortalecimiento de los sistemas fiscales municipales y departamentales, que pueden implantar ahora las nuevas autoridades políticas, democráticamente elegidas. También se requerirá crear nuevas tasas e impuestos o volver a diseñar los que ya existen. En el sector salud, los nuevos recursos se vincularán a veces con un nuevo diseño de los sistemas de recuperación de costos, aun cuando se siga respetando la diversa capacidad de pago de los distintos usuarios.

Sin embargo, la descentralización no puede basarse única y exclusivamente en estimular las actividades fiscales y financieras de los departamentos, municipios y comunidades. Si ése fuere el caso, la descentralización sería un mero mecanismo del nivel central para eludir sus responsabilidades sociales y, por lo mismo, ahorrar sus propios recursos.

Por tanto, la descentralización debería ir acompañada de la creación de un sistema de transferencias intergubernamentales que traspasen recursos del nivel nacional al nivel departamental y municipal. La descentralización se convierte entonces en un mecanismo que produce una redistribución del poder ejecutivo sobre el presupuesto nacional. Además, la descentralización busca estimular las actividades fiscales de los organismos locales promoviendo la ampliación y el mejoramiento de la cobertura de los servicios con nuevos recursos.

La descentralización fiscal deberá acatar dos normas:

- ▲ No deberá transferir ninguna responsabilidad a menos que se transfieran los recursos financieros adecuados para descargarla.
- ▲ No deberá transferir ningún recurso financiero a menos de que exista un esfuerzo local complementario que permita cofinanciar los servicios.

Además, la descentralización financiera puede ser un medio excelente de corregir ineficiencias y desigualdades en la asignación de recursos financieros a las distintas regiones y a las diferentes instituciones proveedoras de servicios. La descentralización financiera como tal debe ir acompañada de dos principios adicionales:

- ▲ La transferencia de recursos a los distintos departamentos y municipios deberá efectuarse en proporción directa a su pobreza relativa y en proporción inversa a su desarrollo económico relativo.
- ▲ Las transferencias de recursos deberán promover la eficacia y productividad en la provisión de servicios y, así, las cantidades transferidas a unidades proveedoras de servicios deberán ser proporcionales al volumen de servicios que prestan y al número de personas que sirven.

La descentralización del sector salud en Paraguay deberá entrañar, por tanto, la promulgación de una ley que reglamente las transferencias entre el nivel nacional y los departamentos y municipios. La ley deberá definir la progresividad con que deberán efectuarse dichas transferencias y los criterios que servirán para determinar la proporción en que se proveerán los recursos disponibles a las distintas regiones.

---

## 5.4 Retos administrativos

La descentralización es un proceso administrativo que entraña volver a diseñar el estado de forma que los ministerios y entidades nacionales dejen gradualmente de ser “ejecutores” y pasen a ser “ejecutivos”, “asesores” y “supervisores”. Las responsabilidades ejecutivas se transfieren paulatinamente a los departamentos y municipios, y los órganos y entidades nacionales que desempeñan estas funciones deberán eliminarse.

Se da un paso inicial hacia la descentralización cuando los departamentos y municipios asumen tareas de coordinación y supervisión, como sucede en Paraguay a través de los consejos de salud. Para contribuir a garantizar la continuidad del proceso, las entidades locales deberán asumir la responsabilidad de organizar, administrar y controlar los servicios públicos y sociales responsabilizándose por completo de los asuntos relacionados con la cobertura, calidad y eficacia.

---

## 5.5 Retos institucionales y de recursos humanos

La descentralización significa que distintas regiones y localidades tienen la capacidad de establecer sus propios objetivos y administrar sus propios recursos dentro de los marcos político y administrativo determinados a nivel nacional, en particular por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

La capacidad local de fijar objetivos está vinculada con la capacidad técnica de determinar necesidades y problemas, evaluar soluciones de alternativa, así como cuantificar y estimar los efectos sobre los costos y beneficios. Pero la capacidad de establecer objetivos también está vinculada con la aptitud de forjar un consenso acerca de las prioridades entre los diferentes actores interesados en la toma de decisiones sobre atención de salud y afectados por ella. Por tanto, la capacidad local de establecer objetivos ha de tomar en cuenta el desarrollo de distintas clases de participación, en especial por medio de los consejos de salud departamentales y de distrito.

La participación local en la fijación de objetivos conduce necesariamente a la participación local en actividades de programación, el diseño de proyectos, y los procesos de contratación y financiamiento para aplicar componentes de planificación. Cada una de estas actividades requiere personal cualificado o asesoría técnica. Por consiguiente, el proceso de descentralización entraña necesariamente el perfeccionamiento de los recursos humanos a nivel local y regional, incluidas las capacidades técnicas y de gestión requeridas para cumplir con nuevas responsabilidades. Las aptitudes que son pertinentes a la descentralización se relacionan con las nuevas actividades que asumirán las instituciones inferiores, incluida la gestión fiscal, la gestión de recursos, la solución de problemas, la orientación al cliente y los principios generales de gestión. No se logrará descentralización sin capacidad a todo nivel.



---

# Bibliografía

- Cámara de Diputados. 1995. *Proyecto de Ley: Sistema Nacional de Salud*.
- Carrizosa, Agustín. 1995. *Propuesta sobre el Sistema Nacional de Salud en el Paraguay*. FUNSADES. 1995.
- González, Marino. 1995. *La descentralización de los servicios de salud en Paraguay: Análisis y alternativas*. Versión preliminar.
- Jickling, David, et al. 1995. *Evaluación de la democracia en el Paraguay*. Washington, DC: Checchis Company.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social/Consejo Nacional de Salud. 1994. *Relatorio coloquio sobre concertación, participación y descentralización en salud*. Con el apoyo de USAID, Regional Housing and Urban Development/South America (RHUDO/SA) y Florida International University.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 1994. *Gobernación Concepción. Modelo integrado para actuar en salud y desarrollo a nivel departamental*. Organización Panamericana de la Salud/Mundial de la Salud (OPS/OMS).
- Ortellado, Juan Manuel. 1994. *Análisis de los procesos de inversión en ambiente y salud en Paraguay*. OPS/OMS.
- Swedish International Services [Servicios Internacionales de Suecia]. 1995. *Descentralización, conceptos y aplicaciones*. Estocolmo y San José (Costa Rica).
- Universidad Internacional de la Florida (FIU). 1995. *Paraguay: Descentralización, gobierno subnacional, participación ciudadana y el proceso de democratización*.
- Vidovich Morales, Andrés. 1995. *Hacia un sistema nacional de salud. Presentación de un perfil de anteproyecto que crea el Seguro Médico Nacional*. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay.